OŚWIADCZENIE PODATKOWO-SKŁADKOWE

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwisko | Imię (imiona) |
|       |       |
| Nazwisko rodowe | Imię matki | Imię ojca | Obywatelstwo |
|       |       |       |       |
| PESEL | NIP | Data urodzenia | Miejsce urodzenia |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |        |       |       |
| **Miejsce zamieszkania** |
| województwo | Miejscowość | Gmina |
|       |       |       |
| Ulica | Nr domu | Nr lokalu | Kod | Poczta |
|       |       |       |   -    |       |
| Nazwa i adres Urzędu Skarbowego |
|       |
| Nazwa Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia (Kasa Chorych) |
|  |
| Jestem zatrudniony na podstawie umowy o pracę w wymiarze[[1]](#footnote-1)       | TAK [ ]  | NIE [ ]  |
| Moje dochody miesięczne z tytułu umowy o pracę przekraczają kwotę minimalnego wynagrodzenia1 | TAK [ ]  | NIE [ ]  |
| Jestem zatrudniony na umowę zlecenie, od której są odprowadzane składki na ubezpieczenie społeczne1 | TAK [ ]  | NIE [ ]  |
| Prowadzę działalność gospodarczą1 | TAK [ ]  | NIE [ ]  |
| Jestem studentem do 26-go roku życia1 | Nazwa uczelni:       | TAK [ ]  | NIE [ ]  |
| Jestem emerytem/rencistą1 | TAK [ ]  | NIE [ ]  |
| Przebywam na urlopie macierzyńskim/wychowawczym1 | TAK [ ]  | NIE [ ]  |
| Proszę o przesłanie moich należności na konto nr |       |
| W banku |       |

 Prawdziwość powyższych danych

 Potwierdzam własnoręcznym podpisem

………………………………., ...……………………. …………………………………………………...........

Miejscowość dnia

1. Proszę zaznaczyć znakiem ⌧ właściwy wybór [↑](#footnote-ref-1)